

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ КОНФЕРЕНЦІЇ «МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ»



2020

20-22 січня



УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків – 20-22 січня 2020р.) Харків, 2019. – 717 с.

Відповідальний за випуск проф. В.В. М'ясоєдов



Гриценко Анастасія Сергіївна

ОЦІНКА ТРАВМАТИЗМУ В ХАРКОВІ ТА ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА ПЕРІОД 2015-2018 РОКІВ

Україна, Харків

Харківський національний медичний університет

Кафедра травматології та ортопедії

Науковий керівник: ас. Істомін Д. А.

Актуальність: однією з проблем ХХІ століття є стрімке зростання травматизму, яке в свою чергу підвищує рівень інвалідності та смертності. Так за даними ВООЗ в 2015 році в результаті травми загинуло 530000 людей Європейського регіону, з них 50% – це молоді люди працездатного віку (16 – 30 років). Виходячи з цього, ми вирішили оцінити рівень травматизму в місті Харкові (Х) та Харківській області (ХО).

Мета: Оцінити травматизм в Х та ХО за період 2015-2018 за такими категоріями: місце травматизації, час виникнення травматизму, характер травми, пора року в якій переважає травматизм.

Матеріали та методи: Для оцінки травматизму в Х та ХО, ми проаналізували 357 історій хвороб пацієнтів, що зверталися за медичною допомогою в період з 2015 по 2018 рік. Дослідження проводилося на базі двох травматологічних відділень КНП «Міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. О.І. Мещанінова» Харківської міської ради із загальним ліжковим фондом на 100 місць.

Результати: в період 2015-2018 року закриті переломи складали – 48% (171 випадок) з них: передпліччя – 26%, плеча – 8%, стегна – 47%, гомілки – 19%.

На відкриті переломи припало 39 випадків (11%), а саме: передпліччя – 24%, кисті – 36%, стегна – 40%. Рани – 147 випадків (41%): передпліччя – 21%, кисті – 49%, стегна – 13%, гомілки – 17%. Також було 4 випадки ушкоджень менісків. За місцем виникнення травм розділено на побутові – 69% (247 випадків); травми, що сталися на вулиці – 25% (89 випадків); травми, що виникли на виробництві – 5% (17 випадків); спортивні – 1% (4 випадки). Для оцінки часу виникнення травм добу було поділено на рівні проміжки: 00:00–6:00, 6:00–12:00, 12:00–18:00, 18:00–24:00. Та отримано такі данні стосовно часу отримання травми: 00:00–6:00



(5%), 6:00–12:00 (45%), 12:00–18:00 (30%), 18:00–24:00 (20%). Оцінка виникнення травм за сезонами дала такі результати: зима – 114 випадків (32%), весна – 79 випадків (22%), літо – 96 випадків (27 %), осінь – 68 випадків (19%). Висновки: отже, в період з 2015 по 2018 рік переважали закриті переломи, а саме стегна. Найчастіше травмування відбувалося в два часових періоди: 6:00–12:00 та 12:00–18:00, це пов'язано з максимальним рівнем активності в цей час. І хоча травмування в такі години було б більш характерне для травм, що виникли на виробництві, все ж таки переважають побутові травми. Найбільш «сприятливим» сезоном для травмування в період 2015 – 2018 років виявилась зима, але літо також можна вважати небезпечним періодом року .

Грищенко Дмитро Олександрович, Гірка Дмитро Едуардович, Шевченко Данило Юрійович
**ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ВИБОРУ СПОСОБУ ЛІКУВАННЯ
ДІАФІЗАРНИХ ПЕРЕЛОМІВ ДОВГИХ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК У ДІТЕЙ**

Україна, Харків

Харківський національний медичний університет

Кафедра травматології та ортопедії

Науковий керівник: Істомін Дмитро Андрійович

Актуальність. В останні десятиліття проблема травматизації населення набула особливої актуальності. Це обумовлено як величезною кількістю випадків механічної травми, так і неухильним зростанням цих показників у всіх країнах. За даними ВООЗ у всьому світі щороку від травм гине більше 3,5 мільйонів чоловік, а понад 2 мільйони стають інвалідами. Переломи довгих трубчастих кісток, за даними різних авторів, складають від 48 до 70% всіх пошкоджень кісток скелета. Переломи діяфіза стегна складають 60% всіх переломів стегнової кістки. Консервативне лікування діяфізарних переломів стегнової кістки призводить до 22% випадків до незрощення, в 80% - вкорочення кінцівки більш ніж на 1 см.

Мета роботи. Оцінити ефективність різних варіантів лікування діяфізарних переломів довгих трубчастих кісток, спираючись на данні різних досліджень.



Матеріали і методи. Проаналізовані данні декількох дисертаційних дослідження з відкритих джерел. Аналіз проводився за критеріями: тривалість стаціонарного лікування пацієнтів з розглянутою патологією, терміни консолідації перелому, терміни початку проведення функціональної реабілітації. Всі пацієнти були розподілені на три групи в залежності від варіантів лікування. У цьому дослідженні першу групи пацієнтів склали 45 пацієнтів обох статей з скелетної травмою, які лікувалися консервативно - за допомогою скелетного витягнення і закритої репозиції. Другу групу пацієнтів склали 34 людини обох статей з множинною скелетної травмою, у яких проводилося комбіноване лікування: один з наявних переломів - лікування консервативне (закрита репозиція і гіпсова іммобілізація або лікування витяжкою), і інший наявний перелом - лікування оперативне (відкрита репозиція і остеосинтез). Третю групу пацієнтів склали 108 пацієнтів з діафізарними переломами довгих трубчастих кісток, ліковані оперативним шляхом.

Результати. Терміни стаціонарного лікування хворих з переломами, які лікувалися оперативним шляхом значно менше, а саме: кісток передпліччя на 1,5 тижні, плечової кістки - на 2 тижні, кісток гомілки - від 1 до 2,5 тижнів, стегнової кістки - від 1,5 до 2,5 тижнів. Середні терміни консолідації діафізарних переломів довгих трубчастих кісток у пацієнтів, які лікувалися різними способами - терміни зрощення мало відрізняються в виділених групах хворих. Середні терміни початку проведення функціональної реабілітації при переломах стегнової кістки у пацієнтів першої групи становили 7 тижнів, у другій групі - 7,5 тижнів і в третій групі - 4 тижні. У разі лікування переломів великогомілкової кістки ці терміни становили відповідно, в першій групі - 6 тижнів, у другій - 5,5 тижнів і в третій - 3,5 тижні. Після репозиції переломів малогомілкової кістки середні терміни початку проведення функціональної реабілітації склали в першій і другій групах - 6 тижнів, в третій - 2,5 тижні. При переломах плечової кістки початок функціональної реабілітації представлялося можливим у другій групі в 4 тижні, в третій - в 3 тижні. При переломах кісток передпліччя ці терміни становили в середньому в другій групі - 3 тижні і в третій - 2,5 тижні.



Висновки. При оперативному методі лікування діафізарних переломів довгих кісток у дітей термін перебування в стаціонарі менше на 1,5 тижні. За рівних умов спосіб лікування (консервативно або оперативно) практично не впливає на терміни зрощення переломів. Але оперативне лікування (зокрема - погрузний остеосинтез) дозволяє створити найбільш оптимальні умови для консолідації. При оперативному методі лікування функціональна реабілітація пацієнта можлива, в середньому, на 2-3 тижні раніше, ніж при консервативному варіанті лікування.

Гуцал Семен Михайлович, Гуцал Катерина Віталіївна
**ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С
РЕСПИРАТОРНО-ОБОНЯТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПО
ДАНЫМ КАПИЛЛЯРОСКОПИИ.**

Україна, Харків
Харківський Національний Медичний Університет
Кафедра оториноларингології
Науковий керівник: Доц. Шушляпіна Н.О.

Изменения в капиллярном звене тесно коррелируют со сдвигами в центральной гемодинамике, что позволяет использовать параметры микроциркуляции в качестве диагностических и прогностических критериев для оценки организма в целом. Работа направлена на повышение эффективности выявления микроциркуляторных нарушений методом компьютерной капилляроскопии у больных с патологией внутриносовых структур и сопровождающимся затруднением носового дыхания и обоняния

Цель: анализ характера и выраженности прижизненных морфологических изменений микрососудов ногтевого ложа у больных с патологией внутриносовых структур, сопровождающимися нарушением носового дыхания и обоняния.

Материалы и методы: Обследовано 145 больных в возрасте 18-38 лет у которых диагностированы изменения внутриносовых структур с различной степенью назальной обструкции и нарушением обоняния. Больные были разделены на 3-



HOLOVNIYA GANNA, OREL NADIA, SCOROPLIT ANASTACIA	172
THE DEPENDENCY OF CARDIOPULMONARY RESUSCITATION RESULTS ON BODY MASS INDEX WITH CHRONICAL CARDIAC PATHOLOGY.....	
POLIKOV HEORHI^{1,2}, SHEVCHENKO ALEXANDER², BELODED EVGENIY², KULIK IGOR², TOKAREV ANDEW², VOLCHENKO IGOR².....	173
ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION AND CHANGES IN THE SMALL INTESTINE.....	
URSOLOVA ALIONA, LANEVICH DARIYA.....	175
OPTIMIZATION OF VENTILATION CONTROL IN PATIENTS WITH AN INCREASED BODY MASS INDEX DURING LAPAROSCOPIC SURGERY	
АКСЕНКОВА СУСАННА МИНІВНА	177
АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ХОЛАНГІТУ ЗГІДНО TOKYO GUIDELINES (2018).....	
ГОЛОВІНА ВІКТОРІЯ АНАТОЛІВНА.....	179
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ РАНЬОВОЇ ІНФЕКЦІЇ ХВОРИХ З СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ	
ГРИЦЕНКО АНАСТАСІЯ СЕРГІЙВНА	181
ОЦІНКА ТРАВМАТИЗМУ В ХАРКОВІ ТА ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА ПЕРІОД 2015-2018 РОКІВ.....	
ГРИЦЕНКО ДМИТРО ОЛЕКСАНДРОВИЧ, ГІРКА ДМИТРО ЕДУАРДОВИЧ, ШЕВЧЕНКО ДАНИЛО ЮРІЙОВИЧ	182
ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ВИБОРУ СПОСОБУ ЛІКУВАННЯ ДІАФІЗАРНИХ ПЕРЕЛОМІВ ДОВГИХ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК У ДІТЕЙ.....	
ГУЦАЛ СЕМЕН МИХАЙЛОВИЧ, ГУЦАЛ КАТЕРИНА ВІТАЛІЙВНА	184
ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С РЕСПИРАТОРНО-ОБОНЯТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПО ДАННЫМ КАПИЛЛЯРОСКОПИИ.....	
ДИРЕКТОРЕНКО ОЛЕГ ВІКТОРОВИЧ.....	185
Значення прогностичних шкал у лікуванні перитоніту	
ДРОЗДОВА АНАСТАСІЯ ГЕННАДІЙВНА.....	187
ЗАСТОСУВАННЯ ТАКТИКИ «STEP-UP APPROACH» У ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ	
ДЯЧЕНКО ГЛІБ ДМИТРИВИЧ, ПІДДУБНИЙ ДМИТРО ОЛЕКСАНДРОВИЧ, БОЙКО ОЛЕНА ВОЛОДИМИРІВНА.....	189
Вплив підвищеного індексу маси тіла на ризик ускладнення під час невідкладної інтубації трахеї ..	
КАРЧИНСЬКИЙ ОЛЕКСАНДР ОЛЕКСАНДРОВИЧ, КАРЧИНСЬКА ТЕТЯНА ОЛЕКСАНДРІВНА	191
Значення реформування медичної галузі України в удосконаленні системи управління медичних закладів первинної ланки.	
КВІТАНОВА НАТАЛІЯ ГЕНАДІЙВНА, СЕДОВ ВЛАДИСЛАВ СЕРГІЙОВИЧ.....	193
СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ У ВАГІТНИХ.....	
КРАВЕЦЬ ЛЮДМИЛА ДМИТРИВНА, БОЙКО ОЛЕНА ВОЛОДИМИРІВНА, ГОРБАЧОВА ОЛЬГА ВІКТОРІВНА.....	195
ЗАСТОСУВАННЯ МІНІПІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ТОРАКАЛЬНОЇ ТРАВМИ ПРИ ПОЛІТРАВМІ	
МАЗУР КАТЕРИНА БОРИСІВНА , ІБРАГІМОВА ШАФАГ ЕЛЬНУР КИЗИ	197
ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ОБТУРАЦІЙНОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ.....	
МАНСИРОВ АСІФ БАГЛАР ОГЛИ	199
ВПЛИВ ХІРУРГІЧНОЇ ТЕХНІКИ НА ПЕРЕБІГ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗУ В УМОВАХ ІНТРАМЕДУЛЯРНОГО СПОСОБУ ОСТЕОСИНТЕЗУ	
МЕДВІДЬ НАТАЛІЯ ОЛЕКСАНДРІВНА	201
ЗАСТОСУВАННЯ СПИЦЕВОЇ ДЕРМАТЕНЗІЇ ПРИ ВІДКРИТОМУ СПОСОБІ АКТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПОШИРЕНИХ ГНІЙНИХ РАН М'ЯКИХ ТКАНИН.....	
НЕКРАСОВА ЛЮДМИЛА ВЛАДИСЛАВІВНА, МОМОТ АННА АНАТОЛІЙВНА, НЕКРАСОВА ЮЛІЯ ВЯЧЕСЛАВІВНА.....	202
Ведення хворих з критичною ішемією нижніх кінцівок та НПЗЗ-гастропатією	
НЕРОВНИЙ ВЛАДИСЛАВ ВІТАЛІЙОВИЧ	204
ПЕРЕВАГИ І НЕДОЛІКИ ТРАНСПЛАНТАНТІВ ДЛЯ КОРПОРОПЛАСТИКИ.....	